



H.B 76 ans présentant une tumeur stromale du grêle associée à un kyste du mésocôlon transverse révélée par un occlusion

DISCUSSION

Les tumeurs stromales sont longtemps asymptomatiques, rendant leur découverte fortuite fréquente. Dans environ 20 % des cas le diagnostic est posé après la réalisation d'une endoscopie ou d'un examen d'imagerie réalisé pour une autre indication. Dans 15 % à 25 % des cas la maladie est découverte à un stade métastatique. Les symptômes révélateurs (6) des tumeurs stromales sont consécutifs aux complications de ces tumeurs. Ils sont représentés par des douleurs abdominales mal systématisées dues au volume de la tumeur, par des saignements digestifs extériorisés ou occultes lorsque que la tumeur est ulcérée pouvant aller jusqu'à l'hémopéritoine et par le risque de syndrome occlusif pour les tumeurs de siège grêlique comme c'est le cas chez notre patiente. Une étude a montré que le diamètre moyen des tumeurs symptomatiques est de 6 cm contre 1,5 cm pour les tumeurs asymptomatiques. Les autres symptômes possibles sont variés, en rapport direct avec la localisation de la tumeur, par exemple une dysphagie ou encore un syndrome rectal. Les examens utiles pour le diagnostic des GIST dépendent de la taille et de la localisation de la tumeur (5). Pour les tumeurs de moins de 5 cm et de siège gastrique ou colorectal, une simple endoscopie (10) permet d'évoquer le diagnostic qui peut être confirmé par une écho endoscopie. Pour les petites GIST du grêle, le diagnostic est porté par un entéroscanner et/ou une entéroscopie (7). L'utilisation de la vidéocapsule peut comporter un risque d'occlusion si la lumière digestive est réduite par la taille de la tumeur. Dans le cas de GIST très volumineuses, le scanner abdominal reste l'examen de référence. Le traitement adjuvant par imatinib vient d'être démontré efficace après résection des tumeurs à risque élevé de rechute. Les recherches portent sur le développement de nouvelles biothérapies ciblées.

CONCLUSION

La symptomatologie des tumeurs stromales est peu spécifique, dominée par l'hémorragie digestive et la douleur abdominale. La tomographie reste l'examen le plus utilisé, aussi bien dans un but diagnostique, que pour le suivi post-thérapeutique. La résection chirurgicale est le traitement de choix des tumeurs localisées. L'évaluation pronostique des GIST n'est pas toujours aisée. Les paramètres prédictifs les plus discriminants de malignité sont la taille de la tumeur et son index mitotique, la localisation initiale du GIST serait également un facteur pronostique, favorable pour les GIST proximaux (estomac) et défavorable pour les sites distaux (intestin grêle). L'imatinib, en tant que nouveauté thérapeutique, est un exemple de thérapie ciblée (inhibiteur sélectif de la tyrosine-kinase), pour les tumeurs stromales digestives non résecables et métastatiques (11), son efficacité est maintenant bien établie, en revanche, son bénéfice en traitement adjuvant ou néoadjuvant à la chirurgie n'est pas encore parfaitement connu. Le consensus actuel est que toutes les GIST doivent être considérées comme ayant un potentiel de malignité. Des rechutes tardives sont possibles même pour les petites GIST (12).

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tran T, Davila JA, El-Serag HB. The epidemiology of malignant gastrointestinal stromal tumors: an analysis of 1,458 cases from 1992 to 2000. *Am J Gastroenterol* 2005; 100:162–8.
2. Miettinen M, Majidi M, Lasota J. Pathology and diagnostic criteria of gastrointestinal stromal tumors (GISTs): a review. *Eur J Cancer* 2002;38(5):39–51.
3. Yantiss RK, Rosenberg AE, Sarran L, Besmer P, Antonescu CR. Multiple gastrointestinal stromal tumors in type I neurofibromatosis: a pathologic and molecular study. *Mod Pathol* 2005;18(4):475–84.
4. Pasini B, McWhinney SR, Bei T, Matyakhina L, Stergiopoulos S, Muchow M, et al. Clinical and molecular genetics of patients with the Carney-Stratakis syndrome and germline mutations of the genes coding for the succinate dehydrogenase subunits SDHB, SDHC and SDHD. *Eur J Hum Genet* 2008;16(1):79–88.
5. Mazur MT, Clark HB. Gastric stromal tumors. Reappraisal of histogenesis. *Am J Surg Pathol* 1983;7:507-19.
6. Van de Rijn M, Hendrickson MR, Rouse RV. CD34 expression by gastrointestinal tract stromal tumors. *Hum Pathol* 1994;25:766-71.
7. Sarlomo-Rikala M, Kovatich AJ, Barusevicius A, Miettinen M. CD117: a sensitive marker for gastrointestinal stromal tumors that is more specific than CD34. *Mod Pathol* 1998;11:728-34.
8. Nilsson B, Bümming P, Meis-Kindblom JM, Odén A, Dortok A, Gustavsson B, et al. Gastrointestinal stromal tumors: the incidence, prevalence, clinical course, and prognostication in the preimatinib mesylate era--a population-based study in western Sweden. *Cancer* 2005;103:821-9.
9. Landi B, Bouche O, Blay JY. Gastrointestinal stromal tumors (GIST). *Gastroentérol Clin Biol* 2006;30(suppl2):2S98-2S101.

10. Landi B. Endoscopic approach to GIST. *J Chir* 2008;145 (suppl3): 6S4-6S7.
11. Blay JY, Bonvalot S, Casali P, Choi H, Debiec-Richter M, Dei Tos AP, et al. Consensus meeting for the management of gastrointestinal stromal tumors. Report of the GIST Consensus Conference of 20-21 March 2004, under the auspices of ESMO. *Ann Oncol* 2005;16: 566-78
12. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol* 2002;33:459-65.

© GSJ